

## **Brockton Area Transit Autoridad Título VI/ No Discriminación Formulario de Queja**

Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 y estatutos y regulaciones relacionadas con la no discriminación requiere que ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad ser excluido de participar en, ser negado los beneficios de, o ser sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor háganoslo saber.

Complete y envíe este formulario a: Linda Sacchetti, Brockton Area Transit Authority, 155 Court Street, Brockton, MA 02302, (508) 588 a 2240, y MCAD, One Ashburton Place, 6th Floor, Boston, MA 02109, (617) 994 -6000, TTY: (617) 994-6196

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que la discriminación ocurrió? Fue debido a su:

- |                    |            |                 |
|--------------------|------------|-----------------|
| a. Raza / color    | c. E sexo. | E. Discapacidad |
| b. Origen Nacional | d. Edad    |                 |

2. ¿En qué fecha la supuesta discriminación ocurrió?

---

3. En sus propias palabras, describir la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quien considera que fue responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

---

---

---

---

---

4. ¿Ha presentado esta compatible con cualquier otro programa federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí No

En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda:

Agencia Estatal Federal agencia federal judicial

Agencia local Estado de tenis

5. Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Name \_\_\_\_\_

—

Dirección \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip

Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Number \_\_\_\_\_

6. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted considere relevante para su queja.

7. Nombre \_\_\_\_\_ del demandante

8. Dirección \_\_\_\_\_

9. Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

10. Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (empresa) \_\_\_\_\_

11. Persona discriminada (si alguien que no sea compatible con el)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Code \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Demandante Fecha